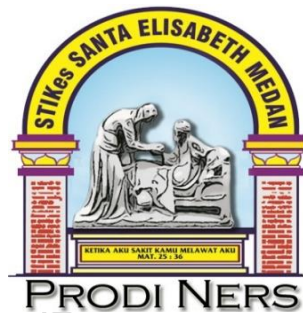


**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN GANGGUAN  
SISTEM PERSYARAFAN: STROKE ISKEMIK PADA NY. M  
(85 TAHUN) DI RUANG RAWAT INAP ST PAULINE  
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH  
MEDAN 06-08 MEI 2025**

**KARYA ILMIAH AKHIR**



**Oleh:**

**Samsinar Citra Berlianta Situmeang**

**NIM. 052024088**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH  
MEDAN  
T.A 2024/2025**

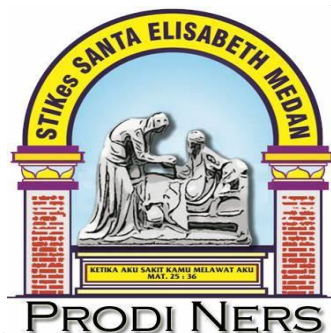


**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN GANGGUAN  
SISTEM PERSYARAFAN: STROKE ISKEMIK PADA NY. M (85 TAHUN)  
DI RUANG RAWAT INAP ST PAULINE RUMAH SAKIT SANTA  
ELISABETH MEDAN 06-08 MEI 2025**

Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi

Ners Program Studi Profesi Ners

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



**Oleh:**

**Samsinar Citra Berlianta Situmeang**

**NIM: 052024088**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH  
MEDAN  
T.A 2024/2025**



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan**

**LEMBAR PENGESAHAN**

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK  
DIPERTAHANKAN  
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR  
TANGGAL, 16 MEI 2025

MENGESAHKAN



Ketua Program Studi Profesi Ners

(Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Kare, M.Kep., DNSc)



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM  
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN  
PADA TANGGAL 16 MEI 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Vina Yolanda Sari Sigalingging, S. Kep., Ns., M.Kep

Anggota : Ance M Siallagan, S.Kep., Ns., M.Kep

Lindawati F Tampubolon S.Kep., Ns., M.Kep



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM  
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN  
PADA TANGGAL 16 MEI 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Vina Yolanda Sari Sigalingging, S. Kep., Ns., M.Kep

Anggota : Ance M Siallagan, S.Kep., Ns., M.Kep

Lindawati F Tampubolon S.Kep., Ns., M.Kep



## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat dan karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Adapun judul karya ilmiah akhir ini adalah **“Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Gangguan Sistem Persyarafan: Stroke Iskemik Pada Ny. M (85 Tahun) Di Ruang Rawat Inap St Pauline Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 06-08 Mei 2025”**. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan jenjang Profesi Ners Program Studi Ners Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, saya telah banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu saya mengucapkan terimakasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti serta menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
2. Dr. Eddy Jefferson Rintoga, Sp. OT (K) Sport Injury selaku direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan penulis mengangkat kasus keloakan untuk karya ilmiah akhir di RS Elisabeth Medan
3. Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep selaku ketua Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan sekaligus penguji III saya yang telah mengizinkan penulis untuk mengikuti penyusunan karya ilmiah akhir ini.
4. Vina Y.S Sigalingging, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing I sekaligus penguji I yang telah sabar dan banyak memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahan dengan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Ance M Siallagan, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji II yang telah sabar dan banyak memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahan dengan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.



6. Teristimewa kepada kedua orangtua tercinta Bapak R Situmeang dan Ibu R. Hutabarat serta kedua saudara kandung saya Luessa Situmeang, Satrio Situmeang, yang telah bersedia memberi kasih sayang, nasihat, dukungan moral, dan material sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.
7. Seluruh staf dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik selama menjalani Pendidikan profesi Ners.
8. Seluruh teman-teman mahasiswa Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan angkatan Tahun 2024.

Saya menyadari bahwa penulisan karya ilmiah akhir ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati saya menerima kritik dan saran membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa mencurahkan berkat dan karunia-Nya kepada semua pihak yang telah membantu penulis. Harapan penulis semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat untuk pembangunan ilmu pengetahuan khususnya dalam profesi keperawatan.

Medan, 16 Mei 2025

Penulis

(Samsinar Citra B Situmeang)



## DAFTAR ISI

LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI .....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN .....	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN TEORITIS .....</b>	<b>6</b>
2.1 Konsep Dasar Medis.....	6
2.1.1 Defenisi .....	6
2.1.2 Etiologi.....	6
2.1.3 Anatomi Dan Fisiologi.....	8
2.1.4 Patofisiologi .....	12
2.1.5 Manifestasi Klinis .....	14
2.1.6 Komplikasi.....	15
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	15
2.1.8 Penatalaksanaan Medis .....	17
2.2 Konsep Dasar Keperawatan.....	18
2.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	18
2.2.2 Diagnosis keperawatan .....	18
2.2.3 Perencanaan keperawatan .....	19
2.2.4 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan.....	19
2.2.5 Evaluasi keperawatan.....	19
<b>BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN.....</b>	<b>30</b>
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>70</b>
4.1 Pengkajian Keperawatan .....	70
4.2 Diagnosa Keperawatan .....	70
4.3 Intervensi dan Implementasi Keperawatan.....	72
4.4 Evaluasi Keperawatan .....	73
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>78</b>
5.1 Kesimpulan.....	78
5.2 Saran .....	78
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>79</b>





STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Stroke adalah masalah neurologis primer di Amerika Serikat dan di dunia, meskipun upaya pencegahan telah menimbulkan penurunan pada insiden beberapa tahun terakhir. Stroke adalah peringkat ketiga penyebab kematian, dengan laju mortalitas 18% sampai 37% untuk stroke pertama dan sebesar 62% untuk stroke selanjutnya. Brunner & Sudarth (2018).

Stroke iskemik adalah kehilangan fungsi secara tiba-tiba yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke sebagian area otak. Istilah “serangan otak” digunakan untuk menyampaikan kepada tenaga kesehatan dan masyarakat bahwa stroke adalah kondisi medis darurat yang serupa dengan serangan jantung. Brunner & Sudarth (2018).

Pada serangan otak iskemik, terjadi gangguan aliran darah serebral akibat obstruksi (penyumbatan) pada pembuluh darah. Gangguan aliran darah ini memicu serangkaian peristiwa metabolik seluler kompleks yang dikenal sebagai kaskade iskemik. Kaskade iskemik dimulai ketika aliran darah serebral menurun hingga kurang dari 25 mL per 100 gram darah per menit. Pada titik ini, neuron tidak lagi mampu mempertahankan respirasi aerobik. Mitokondria harus beralih ke respirasi anaerob, yang menghasilkan sejumlah besar asam laktat dan menyebabkan perubahan pH. Peralihan ke respirasi anaerob yang kurang efisien ini juga membuat neuron tidak mampu menghasilkan adenosin trifosfat (ATP) dalam jumlah cukup untuk mendukung proses depolarisasi. Pompa membran yang



menjaga keseimbangan elektrolit mulai gagal, dan sel berhenti berfungsi (Brunner Suddarth 2018).

Pasien dengan risiko tinggi terserang stroke yaitu pasien hipertensi, pasien yang pernah mengalami atrial fibrilasi, dan pasien diabetes mellitus perlu mendapat pendidikan kesehatan mengenai serangan stroke dan pertolongannya. Pendidikan kesehatan perlu dilakukan sedini mungkin ketika pasien telah diidentifikasi sebagai populasi yang rentan terhadap stroke (Fitria Handayani 2018).

Menurut Risti (2023), dukungan dari keluarga, teman, dan lingkungan juga dapat membantu menghilangkan rasa takut dan cemas pasca stroke. Tetap melakukan latihan fisik secara rutin dan teratur baik secara mandiri maupun dengan panduan dari tenaga ahli, serta tetap konsumsi obat sesuai anjuran dokter dan melakukan kontrol rutin dengan dokter, untuk perbaikan gejala dan mencegah terjadinya stroke berulang. Peneliti mengembangkan model latihan aktivitas untuk meningkatkan kemandirian pada pasien stroke agar kualitas hidup pascastroke semakin baik, pasien menjadi mandiri dan berguna bagi orang di sekitar dan model tersebut dapat digunakan setiap perawat atau keluarga ketika merawat pasien stroke.

*Family caregiver* adalah peran penting anggota keluarga dalam memberikan perawatan kesehatan pasien pasca stroke. Berdasarkan data kasus stroke diatas dapat disimpulkan bahwa pasien pasca stroke akan membutuhkan dukungan keluarga *family caregiver*. Pasien dengan stroke membutuhkan bantuan dari family caregiver dalam membantu pemenuhan kebutuhan kehidupan sehari-



hari seperti perawatan informal dan *family caregiver* berperan penting dalam proses pengobatan, perawatan dan penyembuhan pasien stroke (Fadli dkk, 2024).

Perencanaan pengobatan dalam asuhan keperawatan yang diberikan perawat dapat diarahkan untuk pengendalian faktor resiko stres pada penderita stroke, pemberian dukungan moral untuk mempercepat proses penyembuhan serta pemberian penyuluhan tentang upaya pencegahan sekunder terjadinya stroke (Gabriella, 2012)

Pada saat saya melakukan pengkajian pada pasien Ny M (85 Tahun) dengan diagnosa stroke iskemik didapatkan data Keluarga mengatakan Ny M mengalami lemah anggota gerak sebelah kiri sudah lebih dari 1 minggu, sakit kepala dan mempunyai penyakit hipertensi yang tidak terkontrol. Sehingga penulis tertarik untuk mengkaji lebih dalam dan memberi asuhan keperawatan sesuai dengan SDKI, SLKI, SIKI

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik menulis karya ilmiah akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan Gangguan Sistem persyarafan: stroke iskemik pada Ny M di Ruang Rawat Inap St Pauline Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 06-08 Mei 2025

## 1.2 Rumusan Masalah

Penulis mampu mengetahui dan memahami tentang Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan Gangguan Sistem persyarafan: stroke iskemik pada Ny M di Ruang Rawat Inap St Pauline Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 06-08 Mei 2025



### **1.3 Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan Gangguan Sistem persyarafan: stroke iskemik pada Ny M di Ruang Rawat Inap St Pauline Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 06-08 Mei 2025

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dasar penyakit stroke iskemik meliputi: pengertian, etiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan penunjang, komplikasi, dan penatalaksanaan medis
2. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep asuhan keperawatan stroke iskemik meliputi: pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan
3. Mahasiswa mampu menggambarkan dan menganalisis asuhan keperawatan stroke iskemik pada Ny M meliputi: pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil dari karya ilmiah akhir ini diharapkan menjadi sumber bacaan dan dapat mengembangkan pengetahuan mengenai asuhan keperawatan medical bedah dengan gangguan system persyarafan: stroke iskemik pada Ny M di ruang Rawat Inap St Pauline Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 06-08 Mei 2025

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

1. Bagi Institusi Pendidikan



Diharapkan hasil penelitian ini akan digunakan sebagai bahan pembelajaran serta menjadi tolak ukur mahasiswa dalam mengimplementasikan metode asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik

**2. Bagi Pendidikan Keperawatan**

Untuk meningkatkan knowledge, kapasitas serta efisiensi dalam penerapan asuhan keperawatan stroke iskemik

**3. Bagi Lahan Praktek**

Dapat memberikan pelayanan yang komprehensif sehingga mampu meningkatkan mutu pelayanan yang optimal dalam pengaplikasian asuhan keperawatan stroke iskemik



## BAB 2

### TINJAUAN TEORITIS

#### 2.1 Konsep Dasar Medis

##### 2.1.1 Defenisi

Stroke adalah masalah neurologis primer di amerika serikat dan di dunia. Meskipun upaya pencegahan telah menimbulkan penurunan pada insiden beberapa tahun terakhir. Stroke adalah peringkat ketiga penyebab kematian, dengan laju mortalitas 18% sampai 37% untuk stroke pertama dan sebesar 62% untuk stroke selanjut nya (Brunner & Suddarth, 2018).

Stroke iskemik, yang sebelumnya dikenal sebagai penyakit serebrovaskular (stroke) atau “serangan otak,” adalah kehilangan fungsi secara tiba-tiba yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke sebagian area otak. Istilah “serangan otak” digunakan untuk menyampaikan kepada tenaga kesehatan dan masyarakat bahwa stroke adalah kondisi medis darurat yang serupa dengan serangan jantung Brunner & Sudarth (2018).

##### 2.1.2 Etiologi

Menurut Brunner & Suddarth (2018), stroke iskemik dibagi menjadi lima tipe berbeda berdasarkan penyebabnya yaitu:

1. Stroke trombotik arteri besar disebabkan oleh plak aterosklerotik pada pembuluh darah besar di otak. Pembentukan trombus dan oklusi di lokasi aterosklerosis menyebabkan iskemia dan infark (nekrosis jaringan pada area yang kekurangan suplai darah)

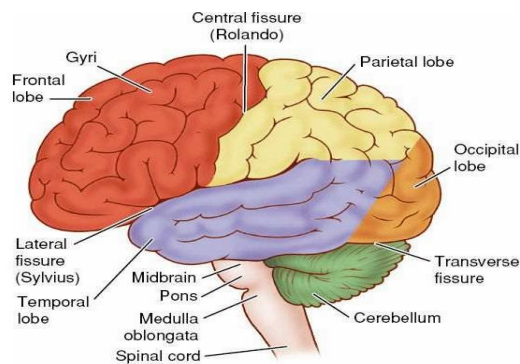


2. Stroke trombotik arteri penetran kecil memengaruhi satu atau lebih pembuluh darah dan merupakan jenis stroke iskemik yang umum. Stroke trombotik arteri kecil juga dikenal sebagai stroke lakunar karena rongga yang terbentuk setelah kematian jaringan otak akibat infark
3. Stroke embolik kardiogenik berhubungan dengan disritmia jantung, biasanya fibrilasi atrium. Stroke embolik juga dapat dikaitkan dengan penyakit katup jantung dan trombus di ventrikel kiri. Emboli berasal dari jantung dan menyebar ke pembuluh darah otak, paling sering ke arteri serebri media kiri, yang menyebabkan stroke. Stroke jenis ini dapat dicegah dengan terapi antikoagulan pada pasien yang mengalami fibrilasi atrium.
4. Stroke kriptogenik, yang tidak diketahui penyebab pastinya
5. Stroke akibat penyebab lain seperti penggunaan obat-obatan terlarang (misalnya kokain), kelainan pembekuan darah, migrain/vasospasme, dan diseksi spontan pada arteri karotis atau vertebralis.



### 2.1.3 Anatomi Dan Fisiologi

#### 1. Anatomi



Gambar 2.1 tampilan External Otak Brunner & Suddarth (2018)

#### 2. Fisiologi

##### 1. Otak

Otak membentuk sekitar 2% dari total berat tubuh. Pada orang dewasa muda, berat otak rata-rata sekitar 1400 g, sedangkan pada orang dewasa yang lebih tua, beratnya sekitar 1200 g. Otak terbagi menjadi tiga area utama:

##### 2. Serebrum

Serebrum merupakan permukaan luar belahan otak memiliki tampilan berkerut akibat banyaknya lapisan yang terlipat atau konvolusi, yang disebut gyrus. Struktur ini meningkatkan luas permukaan otak, memungkinkan tingkat aktivitas yang tinggi pada organ yang relatif kecil. Diantara setiap garis terdapat sulkus atau fisura, yang berfungsi sebagai pembatas anatomis. Belahan otak dipisahkan oleh fisura longitudinal.

besar, yang membagi serebrum menjadi belahan kanan dan kiri. Kedua belahan otak ini dihubungkan di bagian bawah fisura oleh corpus callosum. Bagian luar belahan otak, yang dikenal sebagai korteks serebral, terdiri dari materi abu-abu dengan kedalaman sekitar 2 hingga 5 mm. Materi ini mengandung miliaran badan sel neuron, memberikan warna abu-abu pada korteks. Sementara itu, materi putih membentuk lapisan terdalam, terdiri dari serabut saraf bermielin dan sel neuroglia yang membentuk jalur atau lintasan yang menghubungkan berbagai bagian otak satu sama lain. Jalur ini juga menghubungkan korteks dengan bagian bawah otak dan sumsum tulang belakang.

Serebrum terbagi menjadi empat lobus utama, masing-masing dengan fungsi spesifik:

- a. Lobus frontal merupakan lobus terbesar, terletak di bagian depan otak. berperan dalam konsentrasi, pemikiran abstrak, penyimpanan informasi/memori, dan fungsi motorik. Di dalamnya terdapat area broca, yang terletak di hemisfer kiri dan berperan penting dalam kontrol motorik bicara. Lobus ini juga bertanggung jawab atas emosi, penilaian, kepribadian, dan pengendalian diri.
- b. Lobus parietal terletak di belakang lobus frontal, berfungsi sebagai pusat sensorik utama. Lobus ini menganalisis informasi sensorik dan meneruskan interpretasinya ke area kortikal lainnya. Berperan penting dalam kesadaran posisi



tubuh dalam ruang, diskriminasi ukuran dan bentuk, serta orientasi kanan-kiri.

- c. Lobus temporal terletak di bawah lobus frontal dan parietal. Lobus ini mengandung area reseptif pendengaran dan berperan dalam memori suara serta pemahaman bahasa dan musik.
- d. Lobus oksipital berlokasi di belakang lobus parietal, bertanggung jawab atas interpretasi visual dan memori visual.

### 3. Batang Otak

Batang otak terdiri dari mesensefalon (midbrain), pons, dan medula oblongata.

- a. Mesensefalon menghubungkan pons dan serebelum dengan belahan otak, serta mengandung jalur sensorik dan motorik. Area ini juga berfungsi sebagai pusat refleks pendengaran dan penglihatan. Saraf kranial III dan IV berasal dari mesensefalon.
- b. Pons terletak di depan serebelum, di antara mesensefalon dan medula, berfungsi sebagai jembatan antara dua belahan serebelum dan antara medula serta mesensefalon. Saraf kranial V hingga VIII berasal dari pons. Pons juga mengandung jalur motorik dan sensorik serta berperan dalam pengaturan pernapasan.

- c. Medula oblongata mengandung serabut motorik dari otak ke sumsum tulang belakang dan serabut sensorik dari sumsum tulang belakang ke otak. Sebagian besar serabut ini menyilang (decussate) di medula. Saraf kranial IX hingga XII berasal dari medula. Medula juga menjadi pusat refleks untuk pernapasan, tekanan darah, detak jantung, batuk, muntah, menelan, dan bersin

#### 4. Serebelum

Serebelum terletak di belakang mesensefalon dan pons, serta di bawah lobus oksipital. Fungsinya adalah mengintegrasikan informasi sensorik untuk menghasilkan gerakan yang halus dan terkoordinasi. Serebelum mengontrol gerakan halus, keseimbangan, dan kesadaran posisi tubuh (proprioepsi), yaitu kemampuan mengenali posisi anggota tubuh tanpa harus melihatnya.

#### 5. Meningens

Meningens adalah jaringan ikat berserat yang menutupi otak dan sumsum tulang belakang, berfungsi untuk melindungi, menopang, dan memberi nutrisi pada sistem saraf pusat. Meninges terdiri dari tiga lapisan utama:

- a. Dura mater – Lapisan paling luar, menutupi otak dan sumsum tulang belakang. Dura mater bersifat kuat, tebal, tidak elastis, berserat, dan berwarna abu-abu.

b. Arachnoid – Lapisan tengah, berupa membran sangat tipis dan halus, menyerupai jaring laba-laba (*sesuai dengan namanya*).

c. Pia mater – Lapisan paling dalam, tipis dan transparan, yang melekat erat pada otak dan memanjang ke setiap lipatan permukaan otak.

#### 6. Cairan Serebrospinal (CSF)

Cairan serebrospinal (CSF) adalah cairan bening dan tidak berwarna yang diproduksi di pleksus koroid dalam ventrikel otak dan bersirkulasi di sekitar permukaan otak serta sumsum tulang belakang.

#### 7. Arteri

Suplai darah arteri ke bagian anterior otak berasal dari arteri karotis komunis, yang merupakan percabangan pertama dari aorta. Arteri karotis interna muncul di bifurkasi (percabangan) arteri karotis komunis. Cabang-cabang arteri karotis interna yaitu arteri serebral anterior dan arteri serebral media serta koneksi mereka melalui

### 2.1.4 Patofisiologi

Pada serangan otak iskemik, terjadi gangguan aliran darah serebral akibat obstruksi (penyumbatan) pada pembuluh darah. Gangguan aliran darah ini memicu serangkaian peristiwa metabolik seluler kompleks yang dikenal sebagai kaskade iskemik

Kaskade iskemik dimulai ketika aliran darah serebral menurun hingga kurang dari 25 mL per 100gram darah per menit. Pada titik ini, neuron tidak lagi mampu mempertahankan respirasi aerobik. Mitokondria harus beralih ke respirasi



anaerob, yang menghasilkan sejumlah besar asam laktat dan menyebabkan perubahan pH. Peralihan ke respirasi anaerob yang kurang efisien ini juga membuat neuron tidak mampu menghasilkan adenosin trifosfat (ATP) dalam jumlah cukup untuk mendukung proses depolarisasi. Pompa membran yang menjaga keseimbangan elektrolit mulai gagal, dan sel berhenti berfungsi.

Pada tahap awal kaskade ini, terdapat area dengan aliran darah serebral rendah yang disebut wilayah penumbra, yang mengelilingi area infark. Penumbra adalah jaringan otak iskemik yang masih dapat diselamatkan jika dilakukan intervensi tepat waktu. Kaskade iskemik mengancam sel-sel di wilayah penumbra karena depolarisasi membran sel memicu peningkatan kalsium intraseluler dan pelepasan glutamat. Masuknya kalsium dan pelepasan glutamat yang berkelanjutan mengaktifkan berbagai jalur yang merusak, menyebabkan kehancuran membran sel, pelepasan kalsium dan glutamat lebih lanjut, vasokonstriksi, serta pembentukan radikal bebas.

Proses ini memperluas area infark ke wilayah penumbra, sehingga memperparah stroke. Seseorang yang mengalami stroke kehilangan sekitar 1,9 juta neuron setiap menit stroke tidak ditangani, dan otak yang iskemik mengalami penuaan setara 3,6 tahun setiap jam tanpa pengobatan. Setiap tahapan dalam kaskade iskemik merupakan peluang untuk melakukan intervensi guna membatasi kerusakan otak sekunder akibat stroke. Wilayah penumbra dapat diselamatkan melalui pemberian aktivator jaringan plasminogen (t-PA). Obat-obatan yang melindungi otak dari cedera sekunder disebut neuroprotektan. Saat ini, berbagai uji klinis sedang berlangsung yang berfokus

pada obat-obatan neuroprotektif dan strategi untuk meningkatkan pemulihan dan kelangsungan hidup pasien stroke Brunner & Sudarth, (2018).

### **2.1.5 Manifestasi Klinis**

Manifestasi neurologis pada stroke tidak berbeda secara signifikan antara stroke iskemik dan stroke hemoragik. Hal ini disebabkan karena kerusakan jaringan saraf merupakan penyebab utama gangguan neurologis pada kedua jenis stroke tersebut. Manifestasi yang muncul tergantung pada lokasi stroke di otak. Pada bagian ini dibahas manifestasi umum dari stroke iskemik dan hemoragik secara bersamaan. Stroke dapat memengaruhi berbagai fungsi tubuh termasuk:

1. Aktivitas motoric
2. Fungsi eliminasi kandung kemih dan usus
3. Fungsi intelektual
4. Perubahan persepsi spasial
5. Kepribadian dan afek (emosi)
6. Sensasi
7. Menelan (disfagia)
8. Komunikasi (bicara dan bahasa)

Menurut Lewis (2014), fungsi-fungsi yang terdampak sangat bergantung pada arteri yang terlibat dan area otak yang disuplai oleh arteri tersebut. Selain itu, manifestasi stroke pada otak kanan dan kiri memiliki perbedaan yang khas. Perbedaan ini ditunjukkan yang menggambarkan ciri khas kerusakan otak kanan (misalnya gangguan persepsi spasial, perhatian yang buruk terhadap sisi tubuh).

dan otak kiri (misalnya gangguan bicara dan bahasa, perilaku yang lambat dan berhati-hati).

#### **2.1.6 Komplikasi**

Menurut Brunner & Suddarth (2018), Komplikasi yang dapat timbulkan dari stroke adalah:

1. Edema serebral → peningkatan ICP
2. Kejang pascastroke
3. Perburukan stroke (stroke berkembang)
4. Hipotensi dan bradikardia akibat obat → penurunan perfusi otak

Komplikasi lain yang mungkin terjadi setelah stroke meliputi infeksi saluran kemih, disritmia jantung (seperti ektopi ventrikel, takikardia, dan blok jantung), serta komplikasi akibat imobilitas. Hiperglikemia juga telah dikaitkan dengan luaran neurologis yang buruk pada stroke akut, sehingga kadar glukosa darah sebaiknya dijaga dalam kisaran 140 hingga 180 mg/dL, dan hipoglikemia harus dihindari.

#### **2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik**

Menurut Lewis (2014), Pemeriksaan diagnostik untuk Stroke adalah sebagai berikut:

1. Diagnosis stroke (termasuk tingkat keterlibatan otak)
  - a. CT Scan (Computed Tomography): deteksi awal stroke, terutama untuk membedakan stroke iskemik vs hemoragik.
  - b. CT Angiografi (CTA): menilai pembuluh darah otak untuk melihat sumbatan atau penyempitan.





- c. CT/MRI perfusion dan diffusion imaging: menilai aliran darah otak dan jaringan otak yang masih dapat diselamatkan.
  - d. MRI (Magnetic Resonance Imaging): lebih sensitif untuk melihat stroke iskemik dini.
  - e. Magnetic resonance angiography (MRA): visualisasi pembuluh darah otak tanpa perlu zat kontras berlebihan.
2. Pemeriksaan aliran darah otak
- a. Angiografi karotis: melihat aliran darah di arteri karotis (leher).
  - b. Carotid duplex scanning: USG untuk menilai aliran darah dan plak di arteri karotis.
  - c. Angiografi serebral: visualisasi pembuluh darah otak, metode invasif tapi sangat detail.
  - d. Digital subtraction angiography: teknik angiografi dengan hasil gambar lebih jelas.
  - e. Transcranial doppler ultrasonografi: USG non-invasif untuk mengukur aliran darah di dalam pembuluh darah otak.
3. Pemeriksaan kardiak (karena banyak stroke bersumber dari Jantung)
- a. Penanda jantung (troponin, CK-MB): untuk melihat apakah ada serangan jantung bersamaan.
  - b. Foto rontgen dada (Chest X-ray): menilai kondisi paru dan jantung.
  - c. Ekokardiografi (Transtoraksial/Transesofageal): melihat struktur dan fungsi jantung, mendeteksi sumber emboli.



- d. EKG (Elektrokardiogram): untuk mendeteksi gangguan irama jantung seperti fibrilasi atrium.
- 4. Pemeriksaan tambahan
  - a. Pemeriksaan koagulasi: PT, aPTT – menilai status pembekuan darah, penting sebelum terapi trombolitik.
  - b. CBC (termasuk trombosit): untuk mengetahui anemia, infeksi, atau trombositopenia.
  - c. Panel elektrolit & glukosa darah: hipoglikemia/hiperglikemia dapat menyerupai stroke.
  - d. Profil lipid: menilai risiko aterosklerosis.
  - e. Fungsi ginjal dan hati: penting untuk terapi obat dan prognosis

#### **2.1.8 Penatalaksanaan Medis**

Menurut Lewis (2019), penatalaksanaan stroke iskemik adalah sebagai berikut:

- 1. Terapi Obat
  - a. Inhibitor trombosit (contoh: aspirin)
  - b. Terapi antikoagulan untuk pasien dengan fibrilasi atrium
- 2. Terapi Bedah
  - a. Endarterektomi karotis (pengangkatan plak di arteri karotis)
  - b. Stenting arteri karotis (pemasangan ring untuk membuka pembuluh yang menyempit)
  - c. Angioplasti transluminal



- d. Tindakan bedah untuk aneurisma yang berisiko mengalami perdarahan

### **3. Perawatan Akut**

- a. Pemeliharaan jalan napas
- b. Terapi cairan
- c. Penanganan edema serebral
- d. Pencegahan cedera sekunder

## **2.2 Konsep Dasar Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Menurut Brunner & Suddarth (2018), selama fase akut digunakan lembar alur neurologis untuk mencatat data mengenai status klinis pasien. Setelah fase akut, perawat menilai status mental (memori, rentang perhatian, persepsi, orientasi, afek, bicara/bahasa), sensasi/persepsi (pasien mungkin mengalami penurunan kesadaran terhadap nyeri dan suhu), kontrol motorik (pergerakan ekstremitas atas dan bawah), kemampuan menelan, status nutrisi dan hidrasi, integritas kulit, toleransi aktivitas, serta fungsi usus dan kandung kemih. Pengkajian keperawatan yang berkelanjutan tetap fokus pada gangguan fungsi dalam aktivitas harian pasien, karena kualitas hidup pasca stroke sangat erat kaitannya dengan status fungsional pasien

### **2.2.2 Diagnosis keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses

kehidupan yang aktual ataupun potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Menurut Anggarsari (2020) berdasarkan SDKI:

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan penurunan tekanan perfusi serebral  $\leq 50-60$  mmHg dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK)
2. Risiko aspirasi berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran serta penurunan atau tidak adanya refleks batuk dan menelan.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan kognitif serta penurunan kekuatan dan kontrol otot.
4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan afasia

### **2.2.3 Perencanaan keperawatan**

Perencanaan keperawatan adalah rencana Tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah Kesehatan pasien, hasil yang diharapkan, Tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik.

### **2.2.4 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status Kesehatan yang dihadapi menuju status Kesehatan sesuai kriteria hasil yang diterapkan.

### **2.2.5 Evaluasi keperawatan**

Menurut Lewis, Heitkemper, & Dirksen (2007), dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan



tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

**BAB III**  
**ASUHAN KEPERAWATAN**  
**PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Nama Mahasiswa yang Mengkaji : Samsinar Citra B Situmeang NIM: 052024088

Unit : Bedah  
Ruang/Kamar : Pauline/3.1  
Tgl. Masuk RS : 04-05-2025  
Tgl. Pengkajian : 06-05-2025  
Waktu Pengkajian: 16.00 WIB  
Auto Anamnese : ☒  
Allo Anamnese : ☒

**1. IDENTIFIKASI**

**a. KLIEN**

Nama Initial : Ny M  
Tempat/Tgl Lahir (umur) : 85 Tahun  
Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☒ Perempuan  
Status Perkawinan : Kawin  
Jumlah Anak : 4  
Agama/Suku : Katolik / Batak Toba  
Warga Negara : ☒ Indonesia ☐ Asing  
Bahasa yang Digunakan : ☒ Indonesia  
☒ Daerah : Batak toba  
☐ Asing  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Alamat Rumah : Medan Sunggal

**b. PENANGGUNG JAWAB**

Nama : Tn. E  
Alamat : Medan Sunggal

Hubungan dengan klien : Anak

## 2. DATA MEDIK

- a. Dikirim oleh ☒ : UGD (namanya)  
☐ Dokter praktek
- b. Diagnosa Medik : Stroke Iskemik
- b.1. Saat Masuk : Stroke
- b.2. Saat Pengkajian : Stroke Iskemik

## 3. KEADAAN UMUM

- a. **KEADAAN SAKIT:** Klien tampak sakit ringan\* / sedang\* / berat\*  
(\*pilih sesuai kondisi pasien)

Alasan: Tak bereaksi\* / baring lemah / duduk / aktif / gelisah /  
posisi tubuh berbaring / pucat / Cyanosis/ sesak  
napas

Lain-lain : -

(\*pilih sesuai kondisi pasien)

## b. RIWAYAT KESEHATAN

### 1). Keluhan Utama :

Keluarga mengatakan Ny M mengalami lemah anggota gerak sebelah kiri sudah lebih dari 1 minggu, sakit kepala dan mempunyai penyakit hipertensi yang tidak terkontrol

### 2). Riwayat kesehatan sekarang

Keluarga mengatakan Ny M mengalami kelemahan anggota gerak pada bagian ekstermitas bawah kiri, sakit kepala, gelisah dan keluarga mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga

### 3). Riwayat kesehatan masa lalu :

Hipertensi

4). Riwayat kesehatan keluarga:

Tidak ada masalah kesehatan pada keluarga

5). Riwayat alergi:

Tidak ada alergi

#### 4. TANDA-TANDA VITAL

##### a. Kesadaran :

1). **Kualitatif** : ☒ Composmentis ☐ Somnolens  
☐ Apatis ☐ Soporocomatous

##### 2). **Kuantitatif** :

Skala Coma Glasgow :

> Respon Motorik : 6

> Respon Bicara : 5

> Respon Membuka Mata: 4

> Jumlah : 15

##### 3). **Kesimpulan** : Composmentis

Flapping Tremor / Asterixis : ☐ Positif ☒ Negatif

c. Tekanan darah : 150/70 mm Hg

MAP : mm Hg

Kesimpulan : Normal

d. Suhu : 36,1<sup>o</sup>C ☐ Oral ☒ Axillar ☐ Rectal

e. Pernafasan : Frekuensi 20 X/menit

1). Irama : ☐ Teratur ☒ Kusmaul ☐ Cheynes-Stokes

2). Jenis : ☒ Dada ☐ Perut

#### 5. PENGUKURAN

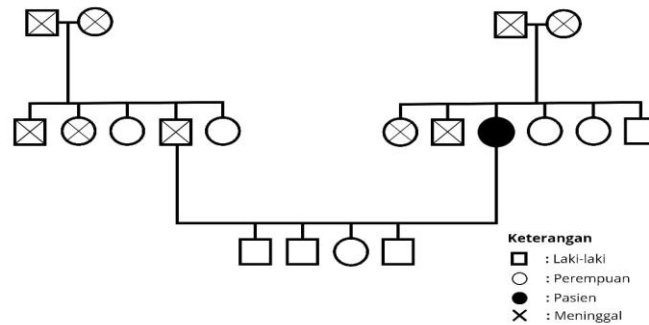
Tinggi Badan : 155 cm

Berat Badan : 55 kg



IMT : 22,8  
Kesimpulan : Normal  
Catatan : Indeks massa tubuh dalam rentang normal

**6. GENOGRAM :** ( 3 generasi / keturunan )



**7. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN**

**1. PERSEPSI KESEHATAN – PEMELIHARAAN KESEHATAN**

**1). Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami :**

(Sakit berat, dirawat, kecelakaan, operasi, gangguan kehamilan/persalinan, abortus, transfusi, reaksi alergi)

	Kapan	Catatan
Hipertensi		tidak melakukan pengobatan

**2). Data Subyektif**

Keluarga mengatakan mengetahui tentang penyakit pasien tetapi tidak mengkonsumsi obat hipertensi

**3. Data Obyektif**

- Kebersihan rambut : Bersih
- Kulit kepala : Bersih
- Kebersihan kulit : Bersih dan tidak kering
- Kebersihan rongga mulut : Bersih
- Kebersihan genitalia : Bersih
- Kebersihan anus : Bersih

## **I. NUTRISI DAN METABOLIK**

### **1). Data Subyektif**

#### **a. Keadaan sebelum sakit**

Keluarga mengatakan sebelum sakit, pasien tidak ada masalah dengan makan dan minum, pasien makan 3x sehari dengan teratur dan minum 7-8 gelas sehari

#### **b. Keadaan sejak sakit**

Keluarga mengatakan sejak sakit selera makan menurun

### **2). Data Obyektif**

#### **a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)**

- Keadaan nutrisi rambut : Bersih dan rambut beruban.
- Hidrasi kulit : Terhidrasi.
- Palpebrae : Tidak edema.
- Conjunctiva : Anemis.
- Sclera : Tidak ikterik.
- Rongga mulut : Bersih.
- Gusi : Tidak ada peradangan.
- Gigi Geligi :

☒ Utuh

☐ Tidak utuh      8 7 6 5 4 3 2 1    1 2 3 4 5 6 7 8      atas

(beri tanda pada gigi yang tanggal ) 8 7 6 5 4 3 2 1    1 2 3 4 5 6 7 8      bawah

- Gigi palsu :

☒ Tidak ada

☐ Ada gigi palsu 8 7 6 5 4 3 2 1    1 2 3 4 5 6 7 8 atas

8 7 6 5 4 3 2 1    1 2 3 4 5 6 7 8 bawah

- Kemampuan mengunyah keras : mampu mengunyah

keras

- Lidah : Tidak ada lesi dan pembesaran
- Tonsil : ☐ Ada pembesaran  
☒ Tidak ada pembesaran
- Pharing : Tidak ada pembesaran
- Kelenjar parotis : ☐ Ada pembesaran  
☒ Tidak ada pembesaran
- Kelenjar tyroid : ☐ Ada pembesaran  
☒ Tidak ada pembesaran
- Abdomen
  - = Inspeksi : Bentuk simetris
  - = Auskultasi : Peristaltik 12 X / menit
  - = Palpasi : kuadran kanan bawah ( iliac kanan )

Massa tidak ada

Hidrasi kulit terhidrasi

\* Nyeri tekan: ☐ R. Epigastrica

\*

☐ Titik Mc. Burney

☐ R. Suprapubica

☐ R. Illiaca

= Perkusi Tympani

\* Ascites ☒ Negatif

☐ Positif, Lingkar  
perut 130 Cm

- Kelenjar limfe inguinal ☐ Teraba ada pembesaran  
☒ Tidak teraba pembesaran

- Kulit :

= Uremic frost	<input checked="" type="checkbox"/>	Negatif	<input type="checkbox"/>	Positif
= Edema	<input checked="" type="checkbox"/>	Negatif	<input type="checkbox"/>	Positif
= Icteric	<input checked="" type="checkbox"/>	Negatif	<input type="checkbox"/>	Positif

= Tanda-tanda radang tidak ditemukan.

= Lain-lain ( yang ditemukan selain yang tertulis di atas)

## II. POLA ELIMINASI

### 1). Data Subyektif

#### a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan Ny M BAB 1 kali sehari setiap pagi. Konsistensi BAB pada dan BAK  $\pm$  4-5 kali dan harus dibantu oleh keluarga untuk ke toilet

#### b. Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan Ny M BAB 1 kali sehari dengan konsistensi BAB pada dan butuh bantuan orang lain saat BAB maupun BAK ditempat tidur

### 2). Data Obyektif

#### a. Observasi

Ny M tampak menggunakan pampers, dan memerlukan bantuan perawat dalam mengganti pampers saat BAB maupun BAK.

#### b. Pemeriksaan Fisik

- Palpasi Suprapubika :	<input type="checkbox"/>	Kandung kemih penuh
	<input checked="" type="checkbox"/>	Kosong
- Nyeri ketuk ginjal :		
= Kiri	: <input checked="" type="checkbox"/>	Negatif <input type="checkbox"/> Positif
= Kanan	: <input checked="" type="checkbox"/>	Negatif <input type="checkbox"/> Positif

- Mulut Urethra : Normal dan Bersih
- Anus :
- = Peradangan : ☒ Negatif ☐ Positif
- = Hemoroid : ☒ Negatif ☐ Positif
- = Penemuan lain : Tidak ada

### III. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

#### 1). Data Subyektif

##### a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan Ny M sebelum sakit mampu beraktivitas dan berperan aktif sebagai ibu rumah tangga dalam kegiatan sehari-hari seperti pergi keladang, membersihkan halaman, dan menyapu rumah

##### b. Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan Ny M sejak sakit tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari seperti biasa baik dirumah maupun diluar rumah

#### 2). Data Obyektif

##### a). Observasi

##### b). Aktivitas Harian

- Makan	<div>2</div>	<div>0 : mandiri</div> <div>1 : bantuan dengan alat</div> <div>2 : bantuan orang</div> <div>3 : bantuan orang dan alat</div> <div>4 : bantuan penuh</div>
- Mandi	<div>2</div>	
- Berpakaian	<div>2</div>	
- Kerapian	<div>2</div>	
- Buang air besar	<div>2</div>	
- Buang air kecil	<div>2</div>	
- Mobilisasi ditempat tidur	<div>2</div>	
- Ambulansi	<div>2</div>	
- Postur tubuh / gaya jalan: -	<div>2</div>	
- Anggota gerak yang cacat	: Tidak ada	

##### c). Pemeriksaan Fisik

- Perfusi pembuluh perifer kuku : Normal < 3 detik

- Thorax dan Pernafasan

= Inspeksi : thorax simetris

* Stridor	<input checked="" type="checkbox"/>	Negatif	<input type="checkbox"/>	Positif
* Dyspnea d'effort	<input checked="" type="checkbox"/>	Negatif	<input type="checkbox"/>	Positif
* Sianosis	<input checked="" type="checkbox"/>	Negatif	<input type="checkbox"/>	
Positif			<input type="checkbox"/>	

= Palpasi : Penurunan Vokal Fremitus sinistra

= Perkusi : ☒ Sonor ☐ Redup(kiri) ☐ Pekak

Batas paru hepar : ICS 6 hepar

Kesimpulan : Normal

= Auskultasi :

Suara Napas : Normal

Suara Ucapan : jelas

Suara Tambahan : tidak ada

- Jantung

= Inspeksi : tidak terlihat

= Palpasi : tidak teraba

Thrill: ☒ Negatif ☐ Positif

= Perkusi (dilakukan bila penderita tidak menggunakan alat bantu pada jantung)

Batas atas jantung : ICS III linea parasternali dekstra, sinistra

Batas kanan jantung : ICS III, ICS V linea sternalis dekstra

Batas kiri jantung : ICS linea parasternalis sinistra

= Auskultasi :

Bunyi Jantung II A

: ICS-2 Sternalis Dextra

Bunyi Jantung II P : ICS-3 Sternalis Sinistra

Bunyi Jantung I T : ICS-4 Sternalis Sinistra

Bunyi Jantung I M : ICS-5 Medio Calvicularis Sinistra

Bunyi Jantung III Irama Gallop : ☒ Negatif ☐ Positif

Murmur : ☒ Negatif

☐ Positif : Tempat : .....

Grade :

.....

HR : 95 x/menit

- Lengan Dan Tungkai

= Atrofi otot : ☒ Negatif ☐ Positif, lokasi di : .....

= Rentang gerak : tidak normal

Pasien mengalami kelemahan tungkai sebelah kiri

\* Mati sendi : ☐ Ditemukan

☒ Tidak ditemukan

\* Kaku sendi ☒ Ditemukan

☐ Tidak ditemukan

= Uji kekuatan otot : Kiri

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Kanan

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

= Reflex Fisiologik : Normal

Alasan: perawat memberikan rangsangan

= Reflex Patologik : Babinski,

\* Kiri ☒ Negatif ☐ Positif

\* Kanan ☒ Negatif ☐ Positif

= Clubing Jari-jari ☒ Negatif ☐ Positif

= Varices Tungkai ☒ Negatif ☐ Positif

- Columna Vertebralis

= Inspeksi ☒ Tidak ditemukan kelainan bentuk

☐ Ditemukan kelainan bentuk

= Palpasi :

\* Nyeri tekan : ☒ Negatif ☐ Positif

\* N. VIII Romberg Test :

☐ Negatif

☐ Positif

☒ Tidak diperiksa, alasannya : Ny M  
berbaring lemah

\* Kaku kuduk : Tidak ada

Penjelasan: pada saat dilakukan pengkajian kekuatan otot pada ekstermitas bawah kiri didapatkan nilai 1

#### **IV. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT**

##### **1). Data Subyektif**

###### **a. Keadaan sebelum sakit**

Keluarga mengatakan sebelum sakit Ny M tidak memiliki gangguan saat tidur dan merasa nyaman saat tidur dirumah pada pukul 21.00 WIB serta bangun jam 06.00

###### **b. Keadaan sejak sakit**

Keluarga mengatakan sejak sakit Ny M sulit tidur karena merasa gelisah dan merasa tidak nyaman

##### **2). Data Obyektif**

**a). Observasi** : Ny M tampak berbaring lemas, sering  
menguap, dan ngantuk

- Ekspresi wajah mengantuk : ☐ Negatif  
☒ Positif

- Palpebrae Inferior berwarna gelap : ☒ Negatif  
☐ Positif

#### **V. POLA PERSEPSI KOGNITIF-PERSEPTUAL**

##### **1). Data Subyektif**

###### **a. Keadaan sebelum sakit**

Keluarga mengatakan sebelum sakit Ny M tidak ada masalah pada penglihatan dan mampu mengingat jam, tanggal, bulan, tahun, nama dan sebagainya ketika ditanyak seseorang



b. Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit Ny M tidak dapat mengetahui jam, tanggal, bulan, nama dan sudah mulai lupa karena usia yang sudah tua

2). **Data Obyektif**

a). **Observasi**

Ny M tampak berbaring lemah diatas tempat tidur

b). **Pemeriksaan Fisik**

- **Penglihatan**

- = Cornea : Bersih
- = Visus : Menurun
- = Pupil : Isokor
- = Lensa Mata : Jernih
- = Tekanan Intra Ocular (TIO): Normal

- **Pendengaran**

- = Pina : Ada dan Bersih
- = Canalis : Bersih
- = Membran Tympani : Utuh
- = Tes Pendengaran : Normal

Alasan: Ny M mendengarkan ketika diberi suara yang kuat

-Pengenalan rasa nyeri pada gerakan lengan dan tungkai : Ada

Alasan: ketika diberi rangsangan nyeri pada lengan dan tungkai sebelah kiri pasien memberikan respon

**VI. POLA PERSEPSI DIRI / KONSEP DIRI**

( perasaan kecemasan, ketakutan, atau penilaian terhadap dirinya mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri dan identitas dirinya )

1). **Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit Ny M merasa percaya diri dan merasa tubuhnya sehat-sehat saja sehingga sering berkumpul dengan

teman maupun keluarga baik di rumah atau di luar rumah.

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan sejak sakit Ny M tampak berbaring lemah diatas tempat tidur, dan keluarga berharap agar Ny M segera sembuh dan dapat berkumpul kembali dengan anak dan keluarganya.

2). **Data Obyektif**

a). **Observasi**

- Kontak mata saat bicara : Kooperatif
- Rentang perhatian : ☒ Perhatian penuh / fokus  
: ☐ Mudah teralihkan  
: ☐ Tidak ada perhatian/tidak fokus
- Suara dan cara bicara : Tidak jelas

b). **Pemeriksaan Fisik**

- Kelainan bawaan yang nyata: Tidak ada
- Penggunaan protesa ☒ Tidak ☐ Ada
  - Bila ada pada organ : ☐ Hidung
  - ☐ Payudara
  - ☐ Lengan ☐ Tungkai

**VII. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA**

(berkaitan dengan pekerjaan klien, status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan klien dengan keluarga, dan gangguan peran yang dilakukan)

1). **Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit Ny M berperan sebagai ibu dan nenek di rumah, dan Ny M sangat dekat dengan anak, menantu, cucunya dan mereka sering berkumpul bersama seperti di hari libur maupun saat makan malam

b. Keadaan sejak sakit

keluarga mengatakan sejak sakit Ny M tetap dengan keluarga tetapi tidak bisa berkumpul karena dirawat di rumah sakit.

**2). Data Obyektif Observasi**

Tampak anak dan menantu selalu bergantian menemani saat Ny M di rawat di rumah sakit dan saudara dan cucu Ny M bergantian datang berkunjung ke rumah sakit

**VIII. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS**

(masalah sexual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

**1). Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan Ny M tidak ada masalah pada reproduksi

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan Ny M tidak ada masalah pada reproduksi

**2). Data Obyektif**

a. Observasi

Ny M tampak tidak ada masalah pada reproduksinya

b. Pemeriksaan Fisik

Tidak tampak lesi pada area genitalia.

**IX. MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES**

**1). Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan sebelum sakit Ny M selalu mendiskusikan pada keluarganya jika ada masalah untuk mengurangi stress yang dirasakan terhadap suatu masalah

b. Keadaan sejak sakit

Tidak terkaji dikarenakan Ny M tidak jelas saat berbicara

**2). Data Obyektif**

**a). Observasi**

Ny M tampak berbaring lemah diatas tempat tidur

**b). Pemeriksaan Fisik**

- Kulit : = Keringat dingin : Tidak ada  
= Basah : Tidak ada

**I. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN**

**1). Data Subyektif**

**a. Keadaan sebelum sakit**

Keluarga mengatakan Ny M beragama katolik, rajin beribadah ke gereja setiap hari minggu, mengikuti ibadah lingkungan dan sering mengikuti acara penting digereja

**b. Keadaan sejak sakit**

Keluarga mengatakan Ny M mengikuti missa pagi dirumah sakit dan menerima komuni setiap hari.

**2). Data Obyektif**

**Observasi**

Ny M tampak mendengarkan lagu rohani di kamarnya.

Nama dan Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Samsinar Citra B Situmeang)

**Daftar Terapi Ny M**

Obat/Tindakan	Golongan	Dosis	Manfaat
Ring As	Obat keras	20 tts/i	Menyeimbangkan elektrolit dalam tubuh dan mengatasi gejala dehidrasi akut pada tubuh
Clopidogrel	Obat resep	1x75mg	Mencegah stroke dan penggumpalan darah
Citicholin	Obat resep	500mg/8jam	Meningkatkan daya ingat, mempercepat masa pemulihan akibat stroke atau cedera kepala, dan membantu mengobati penyakit parkinson, penyakit alzheimer, atau gangguan kognitif lainnya
Ranitidine	Antagonis reseptor histamin H2	2x12jam	Mengobati gejala akibat produksi asam lambung
Mecobalamin	Obat resep	2x500mg	Untuk mengobati

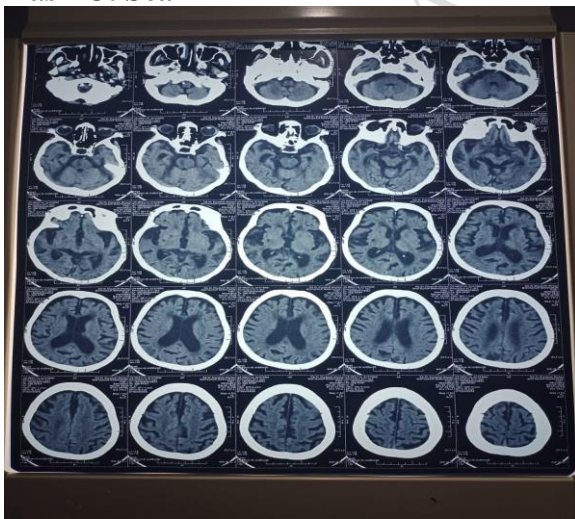
			neuropati perifer (saraf tepi) dan anemia megaloblastik yang disebabkan oleh defisiensi vitamin B12
Ramipril	ACE inhibitor	1x5mg	Untuk mengobati hipertensi (tekanan darah tinggi), nefropati diabetik dan beberapa jenis gagal jantung kronis
Atorvastatin	Inhibitor reduktase HMG-CoA (Statin)	1x25mg	Untuk mengurangi risiko terjadinya penyakit jantung atau stroke

### Hasil Laboratorium :

#### Cek Darah Lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Leucocyte (WBC)	6.8	$10^3/\text{mm}^3$	3.6 – 11.0
Erythrocyte (RBC)	3.84	$10^6/\text{mm}^3$	3.80 – 5.20
Hemoglobin (HB)	10.9	g/dL	11.7 – 15.5
Hematocrit (HCT)	32.0	%	35.0 – 47.0
Platelet (PLT)	257	$10^3/\text{mm}^3$	150 – 400
Mean platelet volume (MPV)	7.0	fL	6.0-10.0
Lymphocyte (LYM)	31.5	%	25.0 – 40.0

#### Hasil Ct Scan



**Name:** CT Head Scan Routine Brain-Tanpa Contrast

**Result:** Dilakukan CT scan kepala potongan axial dengan slice thickness 5 mm dimulai di daerah basis sampai vertex. Potongan dibuat sejajar supraorbitomeatal/canthomeatal (orbitomeatal). Scanning tanpa memakai

kontras media i.v. jaringan lunak di daerah calvaria masih tampak normal. Sulci corticalis kedua hemisfer cerebri melebar. Tampak lesi hypodense multiple pada basa ganglia kanan dan corona radiata kanan. Ventrikel lateralis kanan/kiri, ventrikel 3, ventrikel 4 melebar. Parenkim cerebellum dalam batas normal. Volume cerebellum terlihat mengecil. Tampak lesi hypodense pada pons kanan. Sisterna basalis dan ambiens normal. Daerah sela tursika dan juxtaseila serta daerah “cerebello-pontin angle” masih dalam batas normal. Sinus paranasal yang tervisualisasi tampak normal. Bulbus oculi dan ruang retrobulber bilateral dalam batas normal.

**Summary:**

- Multiple cerebral infract pada basal ganglia kanan dan corona radiata kanan
- Infract pons kanan
- Senile brain atrophy



## ANALISA DATA

**Nama/Umur** : Ny M/85 Tahun

**Ruang/Kamar** : St Pauline/3.9

No	Subyektif	Obyektif	Etiologi	Masalah
1	Keluarga mengatakan Ny M mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kiri, sakit kepala, gelisah dan keluarga mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot sebelah kiri menurun dimana hasil pengkajian ekstermitas bawah kiri didapatkan nilai 1</li> <li>2. Gerakan terbatas, dimana segala aktifitas pasien dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat</li> <li>3. Fisik lemah, dimana pasien tampak berbaring lemah</li> <li>4. Hasil CT-Scan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiple cerebral infarct pada basal ganglia kanan dan corona</li> </ul> </li> </ol>	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik <b>(D.0054)</b>

		<p>radiata kanan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infract pons kanan</li> <li>• Senile brain atrophy</li> </ul>		
2	<p>Keluarga mengatakan Ny M sulit tidur karena merasa gelisah dan keluarga mengatakan Ny M beristirahat pada malam hari kurang lebih 5jam dikarenakan merasa tidak nyaman akibat penyakit yang dideritanya</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ny M tampak lemas</li> <li>2. Ny M tampak sering terbangun saat sedang beristirahat</li> <li>3. Ny M sering menguap dan mengantuk</li> <li>4. Congjutiva anemis</li> </ol>	Kurang kontrol tidur	<p>Gangguan pola tidur <b>(D.0055)</b></p>
3	<p>Keluarga mengatakan Ny M memiliki riwayat penyakit hipertensi yang tidak terkontrol Keluarga mengatakan Ny M pertama kali mengalami gejala stroke</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak Ny M berbaring lemas diatas tempat tidur</li> <li>2. Hasil CT-Scan: Infract pons kanan</li> <li>3. Hasil observasi vital sign: TD:150/80 mmHg, P: 80x/I, T: 36.5, Spo2:98, Rr:20</li> </ol>	Hipertensi	<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif <b>(D.0017)</b></p>

## **DIAGNOSA KEPERAWATAN**

**Nama/Umur** : Ny M/85 Tahun

**Ruang/Kamar** : St Pauline/3.9

No	Diagnosa Keperawatan	Nama Jelas
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan Kekuatan otot ekstermitas bawah kiri menurun dengan nilai 1, gerakan terbatas, fisik lemah, Hasil CT-Scan: Multiple cerebral infarct pada basal ganglia kanan dan corona radiata kanan, Infract pons kanan, Senile brain atrophy	Samsinar
2	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan Ny M tampak lemas, Ny M tampak sering terbangun saat sedang beristirahat, Ny M sering menguap dan sering mengantuk, Congjutiva anemis	Samsinar
3	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi ditandai dengan Tampak Ny M berbaring lemah diatas tempat tidur, hasil CT-Scan: Infract pons kanan, hasil observasi vital sign: TD:150/80 mmHg, P: 80x/I, T: 36.5, Spo2: 98, Rr:20	Samsinar

## **PRIORITAS MASALAH**

**Nama/Umur** : Ny M/85 Tahun

**Ruang/Kamar** : St Pauline/ 3.9

<b>NO</b>	<b>TANGGAL</b>	<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>NAMA JELAS</b>
1	06-05-2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan Kekuatan otot ekstermitas bawah kiri menurun dengan nilai 1, gerakan terbatas, fisik lemah, Hasil CT-Scan: Mssultiple cerebral infarct pada basal ganglia kanan dan corona radiata kanan, Infract pons kanan, Senile brain atrophy	Samsinar
2	06-05-2025	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan Ny M tampak lemas, Ny M tampak sering terbangun saat sedang beristirahat, Ny M sering menguap dan mengantuk, Congjativa anemis	Samsinar
3	06-05-2025	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi ditandai dengan Ny M berbaring lemah diatas tempat tidur, hasil CT-Scan: Infract pons kanan, hasil observasi vital sign: TD:150/80 mmHg, P: 80x/I, T: 36.5, Spo2: 98, Rr:20	Samsinar

## RENCANA KEPERAWATAN

**Nama/Umur** : Ny M/ 85Tahun

**Ruang/Kamar** : St Pauline/3.9

N O	DIAGNOSA KEPERAW ATAN	HASIL YANG DIHARAPKAN	RENCANA TINDAKAN	RASION AL
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan mobilisasi (I.05173) <b>Observasi</b> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	

			<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di</li> </ol>	
--	--	--	--	--

			tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	
2	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pola tidur membaik ( <b>L.05045</b> ) dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>4. Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>5. Keluhan</li> </ol>	<p>Dukungan Tidur (<b>L.05174</b>)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</li> <li>3. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan</li> </ol>	

		istirahat tidak cukup menurun	<p>tempat tidur)</p> <p>2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu</p> <p>3. Tetapkan jadwal tidur rutin</p> <p>4. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>3. Anjurkan penggunaan</p>	
--	--	-------------------------------------	---	--



			<p>obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</p> <p>4. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya</p>	
3	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Perfusi serebral meningkat <b>(L.02014)</b> dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sakit kepala menurun</li> <li>2. Gelisah menurun</li> <li>3. Tekanan intra kranial membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial <b>(I.09325)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah meningkat,</li> </ol>	

			<p>bradikardi)</p> <p><b>Teraupetik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</li> </ol>	
--	--	--	---	--

### PELAKSANAAN KEPERAWATAN

**Nama/Umur** : Ny M/85 Tahun

**Ruang/Kamar** : St Pauline/3.9

<b>Tgl</b>	<b>No DP</b>	<b>Waktu</b>	<b>Pelaksanaan Keperawatan</b>	<b>Nama Jelas</b>
06-05-2025	1,2,3	16.00	Melakukan pengkajian kepada keluarga dan Ny M	Samsinar
	1,2,3	16.20	Melakukan pemeriksaan vital sign pada Ny M: Td: 150/80, P: 80, T:36.5, Spo2: 98	
	1	17.00	Mendampingi kakak perawat visite dengan dokter, dokter menganjurkan untuk melakukan fisioterapi pada Ny M	
	1,2,3	17.35	Menyediakan lingkungan yang nyaman dan sejuk serta membantu pasien BAK di tempat tidur	
	1,2,3	18.00	Mengontrol diet pasien tampak makanan habis 1 piring, pasien mengatakan enak dan kenyang	
	1,2,3	18.15	Memberikan obat oral kepada Ny M (Mecobalamin, ramipril, atorvastatin)	
	1	18.30	Mengganti cairan infus Ny M terpasang infus Ring As 20 tts/i	
	1	19.00	Mendampingi Ny M melakukan fisioterapi	
	1,2,3	19.30	Melakukan pemeriksaan vital sign pada Ny M: Td: 153/86, P: 85, T:36.2, Spo2: 100	
	1,2,3	19.45	Memberikan posisi semi fowler kepada Ny M. Pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler	
	1	20.00	Memberikan obat melalui injeksi melalui iv pada Ny M (Ranitidine)	

	1	20.15	Menyediakan lingkungan yang nyaman dan sejuk serta membantu pasien BAB di tempat tidur (pasien sangat senang dan mengucapkan terimakasih)	
	2	21.00	Menganjurkan pasien istirahat tidur dan menciptakan suasana yang tenang, mengatur suhu ruangan	

### PELAKSANAAN KEPERAWATAN

**Nama/Umur** : Ny M / 85 Tahun

**Ruang/Kamar** : St Pauline / 3.9

<b>Tgl</b>	<b>No DP</b>	<b>Waktu</b>	<b>Pelaksanaan Keperawatan</b>	<b>Nama Jelas</b>
07-05-2025	1,2,3	14.00	Tiba diruangan St Pauline dan melakukan doa bersama kakak perawat	Samsinar
	1,2,3	14.15	Melakukan timbang terima shift pagi dengan shift sore	
	2	15.00	Mengidentifikasi pola tidur pasien, keluarga mengatakan pasien tidak dapat tidur dan sering terbangun, pasien tampak menguap beberapa kali	
	1,3	15.30	Memberikan posisi semi fowler kepada pasien	
	1,2,3	16.00	Melakukan observasi vital sign Td: 154/89, P:87x/i, Spo2: 95%, T:36.3	
	1,2,3	16.15	Memberikan obat oral kepada Ny M (Clopidogrel)	
	1	17.00	Membantu pasien melakukan miring kanan dan miring kiri ditempat tidur di dampingi oleh keluarga	
	1,2,3	18.00	Memonitor asupan diet, pasien habis 1 porsi	
	1,2,3	18.15	Memberikan obat oral kepada Ny M (Mecobalamin, ramipril, atorvastatin)	
	1	18.45	Melakukan kembali miring kanan dan miring kiri pada Ny M di tempat tidur serta didampingi oleh keluarga	
	1,2,3	19.30	Melakukan observasi vital sign Td: 148/75, P:86x/i, Spo2: 97%, T:36.7	
	1,2,3	20.00	Memberikan obat melalui injeksi melalui iv pada	

	2	21.00	<p>Ny M (Ranitidine)</p> <p>Menganjurkan pasien istirahat tidur dan memodifikasi lingkungan, mengatur pencahayaan ruangan dengan lampu dimatikan sebagian dan mengatur suhu ruangan. (keluarga dan pasien sangat senang dan mengucapkan terimakasih)</p>	
--	---	-------	--	--

08-05-2025	1,2,3	14.00	Tiba diruangan St Pauline dan melakukan doa bersama kakak perawat
	1,2,3	14.15	Melakukan timbang terima shift pagi dengan shift sore
	2	15.00	Mengontrol kondisi pasien (Keluarga mengatakan sudah mulai bisa tidur, namun jika terbangun tidak dapat tidur lagi)
	1,2,3	15.20	Mengganti cairan infus Ny M terpasang Ring As 20tts/i
	1	15.35	Memberikan posisi semi fowler kepada pasien
	1,2,3	16.00	Melakukan observasi vital sign Td: 167/85, P:85x/i, Spo2: 98%, T:36
	1,2,3	16.15	Memberikan obat oral kepada Ny M (Clopidogrel)
	1,2	16.45	Menyediakan lingkungan yang nyaman dan sejuk serta membantu pasien BAK di tempat tidur
	1	17.00	Membantu pasien melakukan miring kanan dan miring kiri ditempat tidur di dampingi oleh keluarga
	1,2,3	18.00	Mengontrol diet pasien tampak makanan habis 1 piring, pasien mengatakan enak dan kenyang
	1,2,3	18.20	Memberikan obat oral kepada Ny M (Mecobalamin, ramipril, atorvastatin)
	1	19.00	Memberikan posisi semi fowler kepada Ny M. Pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler
	1,2,3	19.30	Melakukan observasi vital sign Td: 164/85, P:87x/i, Spo2: 97%, T:36.7
	1	19.45	Menyediakan lingkungan yang nyaman dan sejuk serta membantu pasien BAB di tempat tidur
	1,2,3	20.00	(pasien sangat senang dan mengucapkan

			terimakasih)	
	3	20.30	Memberikan obat melalui injeksi melalui iv pada Ny M (Ranitidine)	
	1,2,3	21.00	Kolaborasi pemberian obat pada pasien alprazolam 0,5mg Menganjurkan pasien istirahat tidur dan memodifikasi lingkungan, mengatur pencahayaan ruangan dengan lampu dimatikan sebagian dan mengatur suhu ruangan. (keluarga dan pasien sangat senang dan mengucapkan terimakasih)	



## EVALUASI KEPERAWATAN

**Nama/Umur** : Ny M/85 Tahun

**Ruang/Kamar** : St Pauline/3.9

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
06-05-2025	<p>S= Keluarga mengatakan Ny M mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kiri, sakit kepala, gelisah dan keluarga mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga</p> <p>O=</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot bawah sebelah kiri menurun</li> <li>2. Gerakan terbatas</li> <li>3. Fisik lemah</li> <li>4. Hasil CT-Scan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiple cerebral infarct pada basal ganglia kanan dan corona radiata kanan</li> <li>• Infarct pons kanan</li> <li>• Senile brain atrophy</li> </ul> </li> </ol> <p>A= Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau KU dan TTV</li> <li>2. Anjurkan tirah baring</li> <li>3. Anjurkan melakukan mika, miki/2jam</li> <li>4. Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi, ambulasi</li> <li>5. Sediakan lingkungan yang sejuk dan nyaman</li> </ol>	Samsinar
06-05-2025	<p>S= keluarga mengatakan Ny M sulit tidur karena merasa gelisah dan merasa tidak nyaman dengan penyakit yang</p>	

06-05-2025	<p>dideritanya</p> <p>O=</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ny M tampak lemas</li> <li>2. Ny M tampak sering terbangun saat sedang beristirahat</li> <li>3. Ny M sering menguap dan mengantuk</li> <li>4. Congjutan anemis</li> </ol> <p>A= Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau Ku dan Ttv</li> <li>2. Ajarkan Teknik relaksasi non farmakologis</li> <li>3. Modifikasi lingkungan</li> <li>4. Sediakan lingkungan yang sejuk dan nyaman</li> </ol> <p>S= Keluarga mengatakan Ny M memiliki riwayat penyakit hipertensi yang tidak terkontrol</p> <p>Keluarga mengatakan Ny M baru pertama kali mengalami gejala stroke</p> <p>O=</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak Ny M berbaring lemah diatas tempat tidur</li> <li>2. Hasil CT-Scan: Infract pons kanan</li> <li>3. Hasil observasi vital sign: TD:150/80 mmHg, P: 80x/I, T: 36.5, Spo2:98, Rr:20</li> </ol> <p>A= Masalah keperawatan Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau Ku dan Ttv</li> <li>2. Modifikasi lingkungan yang tenang</li> <li>3. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</li> </ol>	
------------	---	--

--	--	--

## **EVALUASI KEPERAWATAN**

**Nama/Umur** : Ny M/85 Tahun

**Ruang/Kamar** : St Pauline/3.9

<b>Tanggal</b>	<b>Evaluasi (SOAP)</b>	<b>Nama Jelas</b>
07-05-2025	<p>S= Keluarga mengatakan Ny M mengalami kelemahan anggota gerak bawah sebelah kiri, sakit kepala, gelisah dan keluarga mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga</p> <p>O= Pasien tampak berbaring lemah, aktivitas sepenuhnya dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>A= Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau Ku dan Ttv</li> <li>2. Anjurkan tirah baring</li> <li>3. Anjurkan melakukan mika, miki/2jam</li> <li>4. Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi, ambulasi</li> </ol>	Samsinar
07-05-2025	<p>S= Keluarga mengatakan Ny M sulit tidur dan sering terbangun</p> <p>O= ekspresi wajah mengantuk dan tampak Lelah, tampak kantung mata membesar dan menghitam di sekitar mata, terpasang infus Ring As 20tts/i</p> <p>A= Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau Ku dan Ttv</li> <li>2. Ajarkan Teknik relaksasi non farmakologis</li> <li>3. Modifikasi lingkungan</li> <li>4. Sediakan lingkungan yang sejuk dan nyaman</li> </ol>	

07-05-2025	<p>S= Keluarga mengatakan Ny M tampak gelisah</p> <p>O= Tampak Ny M berbaring lemah diatas tempat tidur, Hasil CT-Scan: Infract pons kanan, Hasil observasi vital sign: TD: 154/89, P:87x/i, Spo2: 95%, T:36.3</p> <p>A= Masalah keperawatan Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau Ku dan Ttv</li> <li>2. Modifikasi lingkungan yang tenang</li> <li>3. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</li> </ol>	
------------	---	--

## EVALUASI KEPERAWATAN

**Nama/Umur** : Ny M/85 Tahun

**Ruang/Kamar** : St Pauline/3.9

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
08-05-2025	<p>S= Keluarga mengatakan Ny M mengalami kelemahan anggota gerak bawah sebelah kiri, sakit kepala, gelisah dan keluarga mengatakan Ny M dilakukan mika, miki/2 jam dibantu oleh perawat dan keluarga</p> <p>O= Pasien tampak sedang istirahat, terpasang infus Ring As 20tts/i, aktivitas sepenuhnya dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>A= Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau Ku dan Ttv</li> <li>2. Anjurkan tirah baring</li> <li>3. Anjurkan melakukan mika, miki/2jam</li> <li>4. Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi, ambulasi</li> </ol>	Samsinar
08-05-2025	<p>S= Keluarga mengatakan Ny M bisa tidur namun jika terbangun tidak dapat tidur kembali</p> <p>O= ekspresi wajah mengantuk dan tampak Lelah, tampak kantung mata membesar dan menghitam di sekitar mata, terpasang infus Ring As 20tts/i</p> <p>A= Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau Ku dan Ttv</li> <li>2. Ajarkan Teknik relaksasi non farmakologis</li> </ol>	

08-05-2025	<p>3. Modifikasi lingkungan</p> <p>4. Sediakan lingkungan yang sejuk dan nyaman</p> <p>S= Keluarga mengatakan Ny M tampak tenang</p> <p>O=Tampak Ny M berbaring lemah diatas tempat tidur, Hasil CT-Scan: Infract pons kanan, Hasil observasi vital sign: TD: 164/85, P:87x/i, Spo2: 97%, T:36.7</p> <p>A= Masalah keperawatan Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau Ku dan Ttv</li> <li>2. Modifikasi lingkungan yang tenang</li> <li>3. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</li> </ol>	
------------	---	--

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

#### **4.1 Pengkajian Keperawatan**

Pasien dengan inisial Ny M umur 85 tahun pada pengkajian yang dilakukan pada Ny M dengan diagnosa Stroke iskemik didapatkan bahwa pada Ny M keluarga mengatakan pasien mengalami lemah anggota gerak pada bagian bawah sebelah kiri sudah 1 minggu, keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi. Hasil observasi vital sign TD:150/80 mmHg, P: 80x/I, T: 36.5, Spo2:98, Rr:20 dan hasil Head CT-Scan menunjukkan adanya Infarct pons kanan, keluarga mengatakan ada riwayat penyakit hipertensi.

Penulis berasumsi dari data yang ditemukan pada kasus menunjukkan tidak ada perbedaan antara teori dan kasus karena sebagian besar tanda dan gejala yang dialami oleh pasien dengan stroke iskemik terdapat pada tinjauan teoritis.

Hal ini juga didukung oleh Suzanti (2023) pada pengkajian stroke iskemik ditemui memiliki anggota gerak lemah.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Dalam diagnosa keperawatan yang ditemukan oleh penulis pada pasien stroke iskemik ada 3 yaitu:

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
3. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi

Penulis berasumsi bahwa masalah yang didapatkan tidak semua terdapat dalam teori, ada masalah yang didapatkan tidak terdapat dalam teori yaitu gangguan pola



tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan dengan klien tampak lemas, klien tampak sering terbangun saat sedang beristirahat, klien sering menguap dan sering mengantuk, Congjativa anemis.

Penulis juga beramsumsi bahwa berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan tanda dan gejala yang ditemukan maka diangkatlah masalah Resiko perfusi serebral tidak efektif.

Dalam Sari & Sari (2022) menyebutkan masalah yang sering terjadi pada pasien penderita stoke, hipertensi yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif. Risiko perfusi serebral tidak efektif disebabkan oleh kerusakan vaskuler pada seluruh pembuluh perifer. Perubahan arteri kecil atau arteriola menyebabkan penyumbatan pembuluh darah, yang mengakibatkan aliran darah akan terganggu.

#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Dalam kasus pasien dengan stroke iskemik ini peneliti sudah membuat intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI dan salah satu diagnosa yang diangkat adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dengan intervensi keperawatan dukungan mobilisasi

Penulis berasumsi bahwa tindakan dalam mengatasi gangguan mobilitas fisik adalah mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi melakukan pergerakan fisik, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

Hal ini juga didukung oleh setyawati (2023) melakukan latihan fisik secara rutin dan teratur baik secara mandiri maupun dengan panduan dari tenaga ahli,

serta tetap konsumsi obat sesuai anjuran dokter dan melakukan kontrol rutin dengan dokter, untuk perbaikan gejala dan mencegah terjadinya stroke berulang.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan Stroke iskemik sudah sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dilakukan selama 3 x 24 jam. Yang dilakukan pada tanggal 06 Mei 2025 sampai 08 Mei 2025. Untuk diagnosa keperawatan penurunan gangguan mobilitas fisik penulis sudah melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan yang disusun dan hasil yang di harapkan.

Penulis memberikan implementasi seperti memberikan posisi semifowler untuk membantu meningkatkan pergerakan ekstremitas dan kekuatan otot meningkat.

Penulis beranggapan bahwa seluruh intervensi yang dirancang dalam rencana keperawatan untuk meningkatkan mobilitas fisik telah dilaksanakan selama 3x24jam (06-08 Mei 2025) dengan konsisten, misalnya melakukan miring kanan dan miring kiri/2jam, memberikan posisi semifowler. Penulis meyakini bahwa Tindakan-tindakan tersebut memiliki pengaruh positif dalam membantu mengontrol atau meningkatkan mobilitas fisik.

Menurut Setyawati (2023) penerapan terapi ROM (*Range Of Motion*) yang 3 hari dilakukan meningkatkan kekuatan otot pada pasien. Untuk peningkatan kekuatan otot tidak langsung signifikan meningkat setiap hari karena perlu latihan bertahap dan seiringnya berjalannya waktu kekuatan otot sendiri bisa meningkat dalam mengatasi gangguan mobilitas fisik yang dimana sebelumnya tidak bisa

bergerak menjadi bisa bergerak sebagian. ROM (*Range Of Motion*) merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitasi yang dinilai cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada pasien dengan stroke. Latihan ROM (*Range Of Motion*) merupakan sekumpulan Gerakan yang dilakukan pada bagian sendi yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot. ROM (*Range Of Motion*) dapat di terapkan dengan aman sebagai salah satu terapi pada kondisi pasien dan memberikan dampak positif baik secara fisik maupun Latihan ringan seperti ROM (*Range Of Motion*) memiliki beberapa keuntungan antara lain lebih mudah di pelajari dan diingat oleh pasien dan keluarga pasien mudah di terapkan dan intervensi keperawatan dengan biaya murah yang dapat di terapkan oleh penderita stroke.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana, dan implementasi.

Pada evaluasi yang dilakukan selama 3 hari pada tanggal 06 mei 2025 sampai tanggal 08 mei 2025 yang didapatkan pada Ny M tujuan yang ditentukan belum tercapai masalah belum teratasi dan perlu dilakukannya kembali intervensi keperawatan yang telah dibuat oleh penulis seperti pemantau KU dan TTV pemberian posisi semifowler, miring kanan dan kiri/2jam, Modifikasi lingkungan Sediakan lingkungan yang sejuk dan nyaman. Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pasien stroke iskemik



Hal ini didukung oleh Dewi (2023) Evaluasi penelitian yang dilakukan selama 3 hari pada setiap klien. Hasil evaluasi hari pertama hingga hari ke-3 ketiga masalah belum teratasi hal ini diakibatkan karena penurunan respon metabolisme pasien tersebut dan implementasi tahap awal.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

## BAB 5

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

Dari hasil penatalaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada Ny M dengan diagnosa medik stroke iskemik disimpulkan

1. Saat dilakukan pengkajian keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan otot sebelah kiri sudah 1 minggu dan keluarga mengatakan pasien memiliki Riwayat penyakit hipertensi yang tidak terkontrol.
2. Berdasarkan data yang ditemukan 3 diagnosa keperawatan pada Ny M yaitu: gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular, gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur, resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi
3. Intervensi yang dilakukan mencakup pada diagnose keperawatan yang ditegakkan dan dibuat sesuai dengan SIKI dan SLKI
4. Implementasi yang dilakukan lebih difokuskan dengan Tindakan keperawatan mandiri dan kolaboratif dilakukan selama 3 hari
5. Evaluasi keperawatan pada diagnosa yang pertama, kedua dan ketiga semua masalah belum teratasi sampai hari ke 3

#### 5.2 Saran

Diharapkan setelah menyusun laporan asuhan Medikal Bedah Dengan Gangguan Sistem Persyarafan: Stroke Iskemik mahasiswa/i mampu mengembangkan ilmunya dan meningkatkan pelayanan yang lebih baik.



### DAFTAR PUSTAKA

- Adientya, G., & Handayani, F. (2012). Stres pada kejadian stroke. *Jurnal Keperawatan Diponegoro*, 1(1), 183-188.
- Brunener and suddarth's (2018). *Texbook of medial- Surgical Nursing*. 14 th Edition
- Lewis, Dirksen, Heitkemper and. (2014) *Medical Surgical Nursing. Assesment and Management of Clinical Problems* Ninth edition
- Listari, R. P., Septianingrum, Y., Wijayanti, L., Sholeha, U., & Hasina, S. N. (2023). Pengaruh Fasilitasi Neuromuskuler Proprioseptif dengan Tingkat Kemandirian terhadap Aktivitas Sehari-Hari pada Pasien Stroke: A Systematic Review. *Jurnal Keperawatan*, 15(2), 737-750.
- Salsabila, N., Halimuddin, H., & Syarif, H. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Dengan Komplikasi Ptik Dan Gagal Napas Di Icu: Studi Kasus. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 7(2).
- SDKI DPP PPNI. (2017). Standard Diagnosa Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia: Jakarta
- Septiani Khoirul Falah, F. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik: Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Dengan Intervensi Posisi Kepala 30° Dan Pasive Rom* (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- SIKI DPP PPNI (2018). Standard Intervensi Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia: Jakarta
- SLKI DPP PPNI (2018). Standard Luaran Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia: Jakarta
- Suzanti, S., Ksusumawati, N., & Asmalinda, R. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Terapi Murotal Al-quran Terhadap Kesadaran Pada Pasien Stroke Infark Di Ruang Krisan RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. *Excellent Health Journal*, 2(1), 218-226.

